

Beleegyező nyilatkozat

Aktív osztályon történő ellátásba

Alulírott _____, TAJ szám: _____ Születési idő: _____ Anyja neve: _____

Lakcím: _____ tanúsítom, hogy engem kezelőorvosom,

Dr. _____ teljes körűen felvilágosított az alábbiakról:

1. A kivizsgálásom / kezelése alapjául szolgáló betegségről, tünet-együttesről, amely kórisme szerint (magyarul is):

Kivizsgált gyógyult csonttörés

Tudomásul veszem, hogy betegsége(i)m pontos kórisméje ismert - nem ismert

*2. A javasolt gyógyomódról/beavatkozásról (vizsgálat, kezelés, műtét), amely (magyarul is):/*A megfelelő rész bekarikázandó./

2.1. Vérvétel(ek) után vérből történő laboratóriumi vizsgálatok

2.2. Testnedvekből (széklet, vizelet, stb.) történő laboratóriumi vizsgálatok

2.3. Röntgen vizsgálatok, CT (számítógépes rétegvizsgálat), MRI (mágneses rezonanciás vizsgálat), ultrahang vizsgálat

2.4. MŰTÉT / invazív beavatkozás: fémkivétel

.....

...

és annak kockázatairól/szövődményeiről és ezek bekövetkezési gyakoriságáról: sebgyógyulási zavar és idegsérülés

.....

és annak lehetséges előnyeiről: szabad mozgás

.....

...

és az elmaradás lehetséges kockázatairól, és ezek lehetséges bekövetkezési gyakoriságáról: gyulladás

.....

és a helyette alkalmazható gyógyomódról, mint : konzervatív terápia nem javasolt

.....

...

valamint azok ismert kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről. Kijelentem, hogy a beavatkozás tervezett időpontjáról, annak folyamatáról valamint várható kimeneteléről tájékoztatást kaptam, továbbá szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre, hogy szabadon és kényszermentesen dönthessek arról, hogy milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom köteles engem folyamatosan állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

3. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógygyerményt és gyógygyerményt kedvezőtlenül befolyásolhatják (a beteg aláírása előtt az orvos tölti ki):

Sebgyógyulási zavar

4. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelés során a visszautasítás miatt bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógygyermény alakulásáért, azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

A kezelésbe (műtétbe) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerből mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést/beavatkozást elvégezzék:

Fémkivétel

5. Tudomásom van arról, hogy az intézetben egészségügyi személyzet (orvostanhallgatók, egyézségügyi szakdolgozók) képzése is folyik,

akiket orvosi titoktartás kötelez.

*6. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

a.) Teljeskörű tájékoztatást kapjon betegségemről, annak várható kimeneteléről:

Az ápolási dokumentációban megnevezett hozzátartozó vagy megnevezett egyéb személy.

b.) Részleges tájékoztatást kapjon betegségemről, annak várható kimeneteléről:

Az ápolási dokumentációban megnevezett hozzátartozó vagy megnevezett egyéb személy.

A tájékoztatás az alábbiakra terjedjen ki:

.....

c.) Megtiltom, hogy a kórházban tartózkodásomról, illetve a kapott kezeléssel bárki számára tájékoztatást adjanak, kivéve, ha ezt törvényi előírások kötelezővé teszik.

* A megfelelő rész bekarikázandó

A kapott írásbeli és szóbeli tájékoztatást megértettem, feltett kérdéseimre kielégítő választ kaptam, a beleegyező nyilatkozattal kapcsolatban további kérdésem nincs. Az intézet írásos házirendjét megismertem, az abban foglaltakat elfogadom.

Mosonmagyaróvár, 2020.09.01

.....
a tájékoztató orvos aláírása

.....
a beteg (törvényes képviselő) aláírása

Amennyiben Ön betegségéről, különösen annak daganatos természetéről **nem kíván részletes felvilágosítást kapni**, úgy az alábbi nyilatkozatot - kézírásával megismételten leírva - aláírásával erősítse meg. (E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)

'Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. A döntéseket a kezelőorvosaimra bízom.'

Mosonmagyaróvár, 2020.09.01

.....
a beteg (törvényes képviselő) aláírása

.....
1. tanú

.....
2. tanú

SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A betegnélmiatt fennáll a sürgősségi állapot, a beteg egészségi állapota következtében beleegyező nyilatkozat megtételére nem képes a törvényben meghatározott személyek nyilatkozatának beszerzése késedelemmel járna. Így a beteg beavatkozásokba történő beleegyezését az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. Tv. 17. § (1) bekezdése értelmében vélelmezni kell, mivel a sürgős szükség elve alapján azonnali ellátás hiányában közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.

Mosonmagyaróvár, 2020.09.01

.....
1. orvos

.....
2. orvos

Beleegyező nyilatkozat

Aktív osztályon történő ellátásba

Alulírott _____ TAJ szám: _____, Születési idő: _____, Anyja neve: _____

Lakcím: _____ tanúsítom, hogy engem kezelőorvosom,

Dr. _____ teljes körűen felvilágosított az alábbiakról:

1. A kivizsgálásom / kezelésem alapjául szolgáló betegségemről, tünet-együttesről, amely kórisme szerint (magyarul is):

.....

Tudomásul veszem, hogy betegsége(i)m pontos kórisméje ismert - nem ismert

*2. A javasolt gyógymódról/beavatkozásról (vizsgálat, kezelés, műtét), amely (magyarul is):/*A megfelelő rész bekarikázandó./

2.1. Vérvétel(ek) után vérből történő laboratóriumi vizsgálatok

2.2. Testnedvekből (széklet, vizelet, stb.) történő laboratóriumi vizsgálatok

2.3. Röntgen vizsgálatok, CT (számítógépes rétegvizsgálat), MRI (mágneses rezonanciás vizsgálat), ultrahang vizsgálat

2.4. MŰTÉT / invazív beavatkozás:

.....

.....

...

.....

...

és annak kockázatairól/szövődményeiről és ezek bekövetkezési gyakoriságáról:

.....

.....

....

.....

...

és annak lehetséges előnyeiről:

.....

.....

...

és az elmaradás lehetséges kockázatairól, és ezek lehetséges bekövetkezési gyakoriságáról:

.....

.....

és a helyette alkalmazható gyógymódról, mint:

.....

valamint azok ismert kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről. Kijelentem, hogy a beavatkozás tervezett időpontjáról, annak folyamatáról valamint várható kimeneteléről tájékoztatást kaptam, továbbá szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre, hogy szabadon és kényszermentesen dönthessek arról, hogy milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom köteles engem folyamatosan állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

3. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógygyerményt és gyógytartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják (a beteg aláírása előtt az orvos tölti ki):

.....

.....

4. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás miatt bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógygyermény alakulásáért, azokat az orvosokat,

akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

A kezelésbe (műtétbe) való beleegyezésem a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerszertől mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést/beavatkozást elvégezzék:

5. Tudomásom van arról, hogy az intézetben egészségügyi személyzet (orvostanhallgatók, egészségügyi szakdolgozók) képzése is folyik, akiket orvosi titoktartás kötelez. Tájékoztatást kaptam arról is, hogy az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény 7.§-a alapján az intézményben az egészségügyi tevékenység ellátása - a közalkalmazotti jogviszonyon túlmenően - szabadfoglalkozás-, valamint közreműködői jogviszony keretében is történik. Erre tekintettel tudomásul veszem, hogy a szükséges kezelések, beavatkozások elvégzése az intézményben a hivatkozott jogviszonyok alapján tevékenységet végző egészségügyi dolgozók által is történhet.

*6. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

a.) Teljeskörű tájékoztatást kapjon betegségemről, annak várható kimeneteléről:

Az ápolási dokumentációban megnevezett hozzátartozó vagy megnevezett egyéb személy.

b.) Részleges tájékoztatást kapjon betegségemről, annak várható kimeneteléről:

Az ápolási dokumentációban megnevezett hozzátartozó vagy megnevezett egyéb személy.

A tájékoztatás az alábbiakra terjedjen ki:

c.) Megtiltom, hogy a kórházban tartózkodásomról, illetve a kapott kezeléssel bárki számára tájékoztatást adjanak, kivéve, ha ezt törvényi előírások kötelezővé teszik.

* A megfelelő rész bekarikázandó

A kapott írásbeli és szóbeli tájékoztatást megértettem, feltett kérdéseimre kielégítő választ kaptam, a beleegyező nyilatkozattal kapcsolatban további kérdésem nincs. Az intézet írásos házirendjét megismertem, az abban foglaltakat elfogadom.

Mosonmagyaróvár, 2020.09.01

.....
a tájékoztató orvos aláírása

.....
a beteg (törvényes képviselő) aláírása

Amennyiben Ön betegségéről, különösen annak daganatos természetéről nem kíván részletes felvilágosítást kapni, úgy az alábbi nyilatkozatot - kézírásával megismételten leírva - aláírásával erősítse meg. (E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)

'Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. A döntéseket a kezelőorvosaimra bízom.'

Mosonmagyaróvár, 2020.09.01

.....
a beteg (törvényes képviselő) aláírása

.....
1. tanú

.....
2. tanú

SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A betegnélmiatt fennáll a sürgősségi állapot, a beteg egészségi állapota következtében beleegyező nyilatkozat megtételére nem képes a törvényben meghatározott személyek nyilatkozatának beszerzése késedelemmel járna. Így a beteg beavatkozásokba történő beleegyezését az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. Tv. 17. § (1) bekezdése értelmében vélelmezni kell, mivel a sürgős szükség elve alapján azonnali ellátás hiányában közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.

Mosonmagyaróvár, 2020.09.01

.....
1. orvos

.....
2. orvos

A hörgőtükrözés (bronchoscopeia)

Kedves Betegünk!

Ezzel az összefoglalóval és egy felvilágosító beszélgetés segítségével tájékoztatjuk Önt a tervezett hörgőtükrözés módjáról, jelentőségéről és esetleges komplikációiról. Az Ön panaszai, ill. az eddigi leletek alapján ajánlatosnak tartjuk Önnél a vizsgálat/beavatkozás elvégzését. A bronchoscopeia lehetővé teszi az orvos számára, hogy a légcsőbe és annak a tüdőn belül lévő elágazódásaiba betekintsen, és azok kóros elváltozásait felismerje.

A vizsgálat menete

Helyi érzéstelenítésben vagy altatásban, a szájon vagy az orron át vezetjük az optikai műszert (bronchoscope) a légcsőbe és előretoljuk a hörgőkbe (bronchusokba). Ha szükséges, a hajlékony eszközzel bármilyen távolra, akár a tüdőlebenyek legkisebb hörgőcskéibe is eljuthatunk. Ilyenkor röntgen ellenőrzés alatt vizsgálunk. A bronchoscope csatornáján keresztül kicsiny fogóval, hörgőkefével ill. leszívócsővel szövetdarabokat, sejteket ill. hörgőváladékot nyerhetünk szövet-, és sejttani, valamint bakteriológiai vizsgálathoz.

Kérjük ügyeljen a következőkre:

24 órával a vizsgálat előtt NE dohányozzon!

12 órával a vizsgálat előtt Ne EGYEN ÉS ne IGYON SEMMIT!

Gyógyszerei bevételét beszélje meg kezelőorvosával!

Légszűkítő szövődmények:

Teljes kockázatmentesség semmilyen orvosi beavatkozás esetén sem garantálható. Egyszerűbb beavatkozások (pl. injekció) is járhatnak kockázattal. Előre nem látható események is előfordulhatnak, amelyek szerencsétlen körülmények láncolatánál súlyos, akár életveszélyes következményekkel is járhatnak.

A nagyobb, nehezen uralható sebészeti beavatkozást igénylő vérzések, valamint a gége, a nyelőcső és a hörgők sérülései nagyon ritkák. Igen ritkán levegő kerülhet be a mellhártyatérbe (légmell = pneumothorax), amit onnan le kell szívni.

Egyéb káros következmények, mint pl. a légutak fertőzése vagy gégegörcs biztonsággal ugyan nem zárhatók ki, azonban rendkívül ritkák.

Keringési és légzési komplikációk csak igen extrém esetekben fordulnak elő; az ilyen zavarokat előzetes vizsgálatokkal és a beavatkozás ideje alatti folyamatos ellenőrzéssel előzzük meg. Ahhoz, hogy a kockázatot a minimálisra csökkenthessük, kérjük Önt, hogy megfontoltan válaszoljon az alábbi kérdésekre.

1. Fennáll-e Önnél fokozott vérzési hajlam kisebb sérüléseknél vagy foglászásnál?

NEM

IGEN

2. Könnyen keletkeznek-e kék foltok a testen, vagy van-e valaki a vérszerinti rokonságban akinek erre hajlama van?

NEM

IGEN

3. Van-e valamilyen allergiája (pl. szénanátha, asztma), túlérzékenysége ételre, gyógyszerre, ragtapaszra, vagy helyi érzéstelenítőre?

NEM

IGEN

4. Van-e tudomása szív- vagy tüdőbetegségről (pl. magasvérnyomás, szívritmuszavar, tüdőasztma), vagy beültettek-e Önnél szívritmusszabályozót (pacemaker), vagy műbillentyűt?

NEM

IGEN

5. Szenved-e Ön valamilyen idült (krónikus) betegségben (pl. zöldhályog, epilepszia)?

NEM

IGEN

6. Van-e Önnek meglazult, szuvas foga vagy fogpótlása?

NEM

IGEN

7. Egyéb fontosnak vélt közlendő:

A vizsgálat után

Rövid ideig rekedtséget tapasztalhat, köpetében a vizsgálat utáni első két napon véryomokat észlelhet, de ezek miatt nem kell nyugtalankodnia.

A torok és a garat érzéstelenítés utáni állapota miatt kérjük, hogy a 'félrenyelés' elkerülése érdekében a vizsgálat után 2 órán át még **NE egyen NE igyon semmit!**

Amennyiben a vizsgálat során beadott gyógyszerek az Ön reakcióképességét csökkentik, úgy arról az orvos tájékoztatni fogja Önt. Kérjük, hogy a kórházi osztályt csak az orvossal történt megbeszélés alapján hagyja el. A vizsgálat után legalább 24 órán át **NEM** vezethet járművet és nem kezelhet gépet, ha csak az orvos erre vonatkozóan más utasítást nem ad.

Kérdezzen meg bennünket.

ha valamit nem értett meg, vagy ha a fent leíttakkal kapcsolatban bármilyen kérdés merült fel Önben.

A beteg nyilatkozata a felvilágosító beszélgetés után

Dr.....ezen tájékoztatóban leírtak alapján felvilágosító beszélgetést folytatott velem, melynek során minden engem érdeklő kérdést feltehettem.

Fentiekkal kapcsolatos további kérdésem

NINCS

VAN

A javasolt vizsgálatba, ill. az esetlegesen szükségessé váló egyéb (kiegészítő) beavatkozások elvégzésébe

- BELEFGYEZEM

- NEM EGYEZEM BELE (annak ellenére, hogy az elutasítás esetleges, egészségre káros következményeiről felvilágosítást kaptam).

Dátum:

.....
beteg aláírása

.....
a kezelőorvos aláírása